**BEDFORD CENTRAL SCHOOL DISTRICT**

**2025-2026 APPLICATION FOR ALTERNATE STOP/DAY CARE TRANSPORTATION**

Please fill out the information below ⦁ One form per child ⦁ Mail, email or fax the completed form to:

**Bedford Central School District, Transportation Department,**

**PO Box 180, Mount Kisco, NY 10549**

**email to** **mconnolly4684@bcsdny.org** **or** **jtidmus3552@bcsdny.org**

**For information call the Transportation Department at 914-241-6001 / Fax 914-244-3475**

School Attended: ……..……………………..…………………………………Grade:…………..………………..

Students Full Name: ………………………………….…………………….   ID#: ...………..………….…..…

Program Name: …..…………………………………………………………………………………………………..

Alternate Stop Address: ………..……………………………………………………………………………………

Town: ..…………………………….………..   Phone # at Program: …………….………………………………..

Contact Person at Program: ………….……………………………………………………………………………..

**Please check the days you need transportation:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Monday** | **Tuesday** | **Wednesday** | **Thursday** | **Friday** |
| **AM****[   ]** | **PM****[   ]** | **AM****[   ]** | **PM****[   ]** | **AM****[   ]** | **PM****[   ]** | **AM****[   ]** | **PM****[   ]** | **AM****[   ]** | **PM****[   ]** |

Parent / Guardian Name: …………………………………………………………………………….………………

Parent / Guardian Signature: ………..………………….…………………………………………………………...

Home/Cell: ………….………………………..…………  Work: …………..………...………………………………

Email: ………………………………………………………….……………………………………………………….

This form must be submitted prior to July 15th to be in place for the start of the school year.

If submitted after July 15th or after the start of the school year, please allow 2-3 days for processing.

**DISTRICTO ESCOLAR DE BEDFORD**

**2025-2026 - APLICACION PARA EL TRANSPORTE A LA GUARDERIA DESPUES DE LA ESCUELA**

Complete la información a continuación ⦁ Un formulario por niño ⦁

Envie por correo, correo electrónico o fax el formulario completo a:

**Bedford Central School District, Transportation Department,**

**PO Box 180, Mount Kisco, NY 10549**

**por correo electrónico a** **mconnolly4684@bcsdny.org** **o** **jtidmus3552@bcsdny.org**

**Para más información llame al Departamento de Transportación al 914-241-6001 / Fax 914-244-3475**

Escuela de asistencia: ………………………………………………………………………… Grado: …….……………

Nombre del estudiante: ………………………………………………………………………… ID # …….……………….

Nombre del Programa: …..……………………………………………………………..………………………...………….

Dirección de guardería: .……………………………………………………...……………………………………………..

Ciudad: ..……………………………………………..   Teléfono de guardería: …………………..…...………………..

Nombre de contacto en guardería: ……..……………….……………………………………..………………………….

**Por favor marque los días que se necesita transporte alterno:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lunes** | **Martes** | **Miércoles** | **Jueves** | **Viernes** |
| **AM****[   ]** | **PM****[   ]** | **AM****[   ]** | **PM****[   ]** | **AM****[   ]** | **PM****[   ]** | **AM****[   ]** | **PM****[   ]** | **AM****[   ]** | **PM****[   ]** |

Nombre completo del Padre/Madre/Apoderado: ………………………………………………………………………

Firma del Padre/Madre/Apoderado: …………………………………………………………………………………….

.

Teléfono de casa/cellular: ……….………….…..…………..  Trabajo: …………………..……………………….……

Correo electrónico: …………………………………………………………………………………………………………

Esta forma tiene que ser enviada antes del 15 de julio, para que comience al principio del año escolar.

Si la envía después del 15 de julio o después de comenzar el año escolar,

por favor espere de 2-3 días para procesar.